Aus der Augen-Klinik zu Kiel.

LANE LIBRARY. STANFORD UNIVERSITY

Ein Beitrag

zur Kenntnis der

Keratitis parenchymatosa.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medicinischen Fakultät zu Kiel

vorgelegt von

Siegfried Schütte,
approb. Arzt aus Wolfenbüttel.

Wolfenbüttel 1896.
Druck von Angermann & Fischer.

Aus der Augen-Klinik zu Kiel.

Ein Beitrag

zur Kenntnis der

Keratitis parenchymatosa.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medicinischen Fakultät zu Kiel

vorgelegt von

Siegfried Schütte,

approb. Arzt aus Wolfenbüttel.

Wolfenbüttel 1896.

Druck von Angermann & Fischer.

D. H. No. 32.

Rektoratsjahr 1896/97.

Referent: Dr. **Völckers.**

Zum Druck genehmigt:

Dr. **Werth,**
z. Z. Dekan.

Seinen lieben Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153319_0022

Schon die älteren Ärzte suchten die Aetiologie der Keratitis parenchymatosa in einer konstitutionellen Erkrankung des Körpers auf Grund gewisser Erscheinungen, welche fast jedesmal beim Auftreten dieser Krankheit beobachtet wurden. Man wusste, dass die Erkrankung meist beide Augen nach einander zu befallen pflegte; dass ferner eine gewisse Altersperiode vorzugsweise zu der Krankheit disponiert war. Die Individuen pflegten schlecht genährt zu sein, sahen blass und schwächlich aus, hatten einen mehr oder minder grossen Grad von Anaemie, waren im Verhältnis zu ihren Altersgenossen in ihrer körperlichen Entwicklung zurückgeblieben und zeigten gegen alle möglichen Krankheiten sehr geringe Widerstandsfähigkeit. Man erklärte daher die Keratitis parenchymatosa als eine häufige Begleiterscheinung der Scrophulosa und nannte sie schlechtweg Keratitis scrophulosa.

Hutschinson bemerkte in den 50er Jahren bei Kindern, deren Eltern zugestanden hatten, dass sie syphilitisch waren und welche er wegen hereditärer Lues behandelte, den Ausbruch obiger Krankheit. An diesen Kindern beobachtete er gewisse gemeinsame Erscheinungen, welche auch da, wo das Geständnis der Eltern fehlte oder nicht zu beschaffen war, die Diagnose der Lues hereditaria ziemlich sicherten. Es gehörten hierher Knoten an den Beinen, chronische Anschwellung der Lymphdrüsen, Narben im Gesicht, besonders an den Mundwinkeln und auf der Stirn, eine eigentümliche Bildungsanomalie der vorderen Schneidezähne, Rachengeschwüre, Otorrhöe, die Einwirkung einer spezifischen Behandlung auf die Krankheit, schliesslich

auch das häufige Vorkommen einer luetischen Gefässhauterkrankung der chorioiditis aequatorialis. Alle diese Beobachtungen bestimmten Hutschinson für jeden Fall der Keratitis parenchymatosa hereditäre Lues als Ursache anzunehmen.

Diese Ansicht gewann in England bald sehr festen Boden, in Deutschland nur wenige Anhänger und viele Gegner, welche den grossen Einfluss der ererbten Lues auf obige Erkrankung wohl anerkannten, jedoch einen sehr grossen Teil der Erkrankungen auf eine andere Ursache zurückführten. Man betonte, dass alle die von Hutschinson angeführten Erscheinungen ohne weiteres noch nicht die Diagnose „lues hereditaria“ sicherten, dass ferner Keratitis parenchymatosa gefunden würde auch da, wo gar kein Anhaltspunkt für Lues vorhanden wäre. Was den ersten Punkt anbetrifft, so sichern die Befunde der Hutschinsonschen Beobachtungen in Verbindung mit Keratitis parenchymatosa nach Ansicht der meisten Ophthalmologen die Diagnose Lues, bei dem zweiten Einwand ist zu bedenken, dass es in sehr vielen Fällen ausserordentlich schwierig ist, von den Eltern etwas über ihr Vorleben zu erfahren, und die Kinder über den Gesundheitszustand ihrer Eltern fast immer in Unkenntnis sind. Trotzdem finden wir als häufigste Ursache hereditäre Lues und zwar durchschnittlich in der Hälfte der Fälle, während andere Ursachen, zum Beispiel die Tuberkulose ausserordentlich selten sind, so dass es jedenfalls berechtigt ist, in erster Linie Lues hereditaria als Hauptursache der Keratitis parenchymatosa anzunehmen.

In der Universitäts-Augenklinik zu Kiel sind vom 1. Dezember 1887 bis zum Juli 1895 84 Fälle von Keratitis parenchymatosa, davon 15 stationär behandelt, an deren Hand wir die Berechtigung der Hutschinsonschen Theorie betrachten wollen. Das Hauptaugenmerk werde ich auf die klinischen Fälle lenken, da das poliklinische Material wegen der häufig ungenauen und allzukurzen Krankengeschichten und Anamnese für diese Ahhandlung teilweise unbrauchbar ist.

An diesen 84 Fällen ist das männliche Geschlecht mit 46 Erkrankungen, das weibliche mit 38 Erkrankungen be-

teiligt, der Überschuss ist also zu Gunsten des ersteren; aus diesem Befund glaube ich keine weiteren Schlüsse ziehen zu dürfen, als dass beide Geschlechter in gleicher Weise zu Keratitis parenchymatosa disponieren. Anders verhält es sich mit dem Lebensalter, und zwar werden am meisten befallen das mittlere Jugendalter, besonders zur Zeit der Pubertät, weniger die erste Jugend, am wenigsten das reife Alter und darüber hinaus. Von vorliegenden 84 Fällen verteilen sich die Erkrankungen auf die verschiedenen Lebensalter in folgender Weise: In das Alter von 1—10 Jahren fallen 27 Erkrankungen, davon sind nur 5 Erkrankungen in einem Alter von nicht 6 Jahren; dann in das Alter von 11—20 Jahren 40 Erkrankungen, von 20—30 Jahren 12 und darüber hinaus noch 5 Erkrankungen, davon 2 auf ein Alter von 64 Jahren. Bei den letzten beiden Fällen bestand kein Verdacht auf Lues, wir müssen daher die Ursache auf anderer Basis suchen. Bemerkenswert ist noch, dass die meisten Erkrankungen auf Seiten des weiblichen Geschlechts in die Zeit der Geschlechtsreife fallen und damit auch die sehr weit verbreitete Ansicht, dass gerade die Mädchen zur Zeit der Pubertät zur Keratitis parenchymatosa inkliniert seien, bestätigt. Was das Auftreten und den Verlauf der obigen Krankheit anbetrifft, so pflegen meistens beide Augen befallen zu werden, und zwar so, dass ein Auge zuerst erkrankt und im Verlauf von 8—14 Tagen in den meisten Fällen das zweite; doch können auch bis zur Erkrankung des zweiten Auges Monate, ja 1—2 Jahre vergehen. Der Hauptherd der Erkrankung ist die Hornhaut, jedoch pflegen in sehr vielen Fällen die Iris, Glaskörper und Chorioidea in Mitleidenschaft gezogen zu sein, in seltenen Fällen auch die Linse, fast nie die Netzhaut. Im Beginn der Erkrankung bildet sich an der Peripherie oder auch im Zentrum der Kornea eine leichte grauliche Trübung, die sich mehr und mehr über die Hornhaut ausdehnt und dieselbe schliesslich einnimmt, so dass die Hornhaut aussieht wie eine matt behauchte Glasscheibe. Sehen wir die Trübung genauer mit Hülfe einer Lupe an, so sehen wir lauter feine und feinste milchige Lymphkanälchen, welche die Kornea durchziehen,

und indem sie teils nach der Mitte derselben zustreben, teils untereinander sich kreuzen, ein feines Maschennetz bilden. Dabei pflegt meistens eine starke Limbusinjektion zu bestehen; die Gefässe dringen in die Kornea zum Teil bis in deren tiefste Schichten hinein. Häufig ist die Iris mit erkrankt, reagiert schlecht auf Atropin, zeigt kleine circumscripte Hervortreibungen, der Pupillarrand ist oft durch zahlreiche Synechien fixiert. Unter den 84 Fällen finde ich bei 20 Fällen Iritis angeführt, ein an und für sich klein erscheinender Prozentsatz; doch ist zu berücksichtigen, dass in den meisten Fällen die Undurchsichtigkeit der Kornea eine nähere und genauere Untersuchung der Iris verhindert. Die Linse finde ich unter vorliegenden Fällen nur einmal beteiligt. Eine ebenfalls nicht selten vorkommende Komplikation ist eine Entzündung der Chorioidea. Dieselbe kann vorkommen in der Form einer Corioiditis disseminata, bei welcher sich auf der Gefässhaut Flecke von weisslicher oder gelber Farbe in besonderen umschriebenen Herden, zum Teil mit schwarzem Rand, zum Teil ganz schwarz von geringer Ausdehnung bilden, welche durch gesund scheinendes Gewebe von einander getrennt sind; oder in Form einer Chorioiditis aequatorialis (syphilitica), charakterisiert durch kleine dunkle Flecke in der Aequatorgegend der Netzhaut, verbunden mit einer staubförmigen Trübung des Glaskörpers. Unter den vorliegenden 84 Fällen finde ich 8 Mal Chorioiditis aequatorialis, 5 Mal Chorioiditis disseminata angegeben. Die Netzhaut pflegt fast nie erkrankt zu sein. Bei den in der hiesigen Augenklinik behandelten Fällen ist kein Fall von Retinitis vorgekommen. Es würde nunmehr zu bestimmen sein, in welcher Weise und wie häufig in vorliegenden 84 Fällen Lues hereditaria auftritt, zuvor werden wir uns noch näher die von Hutschinson angegebenen Merkmale und auffallenden Erscheinungen bei der Keratitis parenchymatosa ansehen.

Hutschinson hatte, wie oben schon kurz erwähnt, bei fast allen seinen Patienten, die er wegen Keratitis parenchymatosa behandelte, eine Reihe von charakteristischen Begleiterscheinungen angetroffen, die er auch stets bei den

syphilitischen Kindern seiner Klinik beobachtete. Es waren dies vornehmlich eine eigentümliche Bildungsanomalie der oberen Schneidezähne. Dieselben zeigten anfangs an ihrer Schneide kleine konische Spitzen, welche sich mehr und mehr abnutzten, so dass schliesslich die Schneidefläche einem concaven Bogen mit seitwärts hervorragender Spitze bildet. Es ist diese Zahnform deutlich zu unterscheiden von anderen Anomalien, wie die rhachitischen und anderen sonst vorkommenden Zahnbildungen, bei denen auf der Schneidefläche kleine Zacken, in der Schmelzfläche quer verlaufende Furchen vorhanden sind. Weiter beobachtete er eigenartige Gesichts- und Schädelbildungen. Die Stirn war bei den Patienten häufig stark hervorspringend. Der Stirnhöcker sehr scharf abgehoben, der Nasenrücken und Oberkiefer auffallend flach, in recht häufigen Fällen eingesunken, so dass man diese Form der Nase als Sattelnase bezeichnen konnte, im Gesicht, besonders an den Mundwinkeln wurden häufig Narben beobachtet. Alle diese Bildungsanomalien des Schädels geben dem Gesicht einen ganz charakteristischen Ausdruck, den man sehr treffend als gekniffenes Gesicht bezeichnet hat. Ferner beobachtete man Ulcerationen in Mund und Nasenhöhle, oder Narben als Folgen derselben; der Gaumen ist häufig auffallend hoch, atrophisch, die Nackendrüsen geschwollen. Wenngleich alle diese Symptome nicht mit unbedingter Gewissheit die Diagnose Syphilis sichern, so berechtigen sie immer zu starkem Verdacht auf Lues. Die Hutschinsonschen Zähne wurden in England als ein unbedingt sicheres Symptom der hereditären Lues hingestellt, in Deutschland verwahrten sich die meisten Autoren gegen diese Annahme, doch geben sehr viele zu, dass Hutschinsonsche Zähne in Verbindung mit Keratitis parenchymatosa mit ziemlicher Sicherheit auf Syphilis hereditaria schliessen lassen. Leplat, welcher sich sehr eingehend mit der Keratitis parenchymatosa beschäftigte, gab als Sympton von Lues hereditaria eine Erkrankung des Gehörorgans an, welche öfters mit einer eitrigen Otitis beginne, öfters ohne wahrnehmbare Ursache eine progressive Abnahme des Gehörs hervorrufe und schliesslich zur Taubheit führen könnte. Ich

werde nunmehr einige Krankengeschichten anführen, und an denen werden wir die Berechtigung der Hutschinsonschen Lehre studieren.

Fall 32. Margarete S., 14 Jahre alt, leidet seit 6 Wochen an einer Entzündung der Augen. Der Vater hat sich im Kriege 1870—71 Lues acquiriert und nachher die Mutter ebenfalls infiziert. Seitdem sind 7 Kinder gleich nach der Geburt gestorben. Die älteste Tochter, die vor der Infektion des Vaters geboren ward, ist kräftig und gesund.

Status: Eingedrückte platte Nase, Hutschinsonsche Zähne, Schrunden im Gesicht, Nackendrüsen geschwollen. Beiderseits besteht starke Lichtscheu, starkes Thränen, geringe Limbusinjektion. Kornea diffus getrübt; Gefässe kommen am Limbus aus der Tiefe auf die Kornea wie abgebrochen hervor; Iris nicht verfärbt.

Therapie: Verband, Atropin, Unguentum cinereum.
Bettruhe.

Verlauf: Aufnahme am 12. 11. 1889. Am 15. 12. 89. besteht nur noch ganz zarte rosarote Limbusinjektion. Kornea ist klarer, Lichtscheu verschwunden, das Allgemeinbefinden gut. 1. 2. 1890. Die Kornea ist bedeutend klarer, auf der rechten Seite sieht man nur noch kleine Trübungen, die auf der linken Seite dichter sind. Chorioiditis aequatorialis.

21. 2. Angina mit leichtem Fieber.

15. 3. Schmierkur ausgesetzt.

29. 3. Geheilt entlassen mit Jodsyrup.

Fall 50. Franziska K., 21 Jahre. Im zehnten Lebensjahre hat Patientin eine schwere Entzündung des rechten Auges bekommen, an welcher sich später auch das linke Auge beteiligte. Dieselbe dauerte 2 Jahre. Seit 4 Wochen Recidiv des linken Auges. Der Vater giebt an, luetisch gewesen zu sein. Ein Kind der Ehe tot geboren.

Status: Gekniffenes Gesicht, Hutschinsonsche Zähne, geschwollene Nackendrüsen. Linkes Auge: Der Bulbus mässig iniciert, alte interstitielle Hornhauttrübung, die mehr peripher liegen. Am oberen Rande beginnende frische Keratitis. Chorioiditis aequatorialis.

Therapie: Verband, Unguentum cinereum.

13. 4. Aufnahme.

31. 6. Kornea diffus etwas getrübt, jedoch blank. Entlassen mit Jodkali.

Fall 18. Alwine B., 5 Jahre, hat seit längerer Zeit entzündete Augen. Das linke Auge erkrankte zuerst. Der Vater giebt an, sich Lues acquiriert zu haben. Ein Kind ist zu früh geboren und bald atrophisch gestorben.

Status: Schwaches kleines Kind; plattes Gesicht, an den Mundwinkeln und Lippen zahlreiche strichförmige Narben, ganz degenerierte Schneidezähne; der harte Gaumen sehr hoch; geschwollene Nackendrüsen. Limbusinjektion; beide Korneae zeigen in ihrer ganzen Ausdehnung eine in den tieferen Schichten gelegene graue Trübung. Das Epithel ist erhalten. An dem unteren Rande der Kornea entwickelt sich links mehr als rechts eine in der Tiefe gelegene Vascularisation der Kornea.

Therapie: Verband, Atropin, Unguentum cinereum.

Verlauf: Aufnahme 8. 1.

14. 1. Bulbi blass; keine Lichtscheu. Kornea schon so aufgehellt, dass Iris durchzusehen ist.

24. 1. Kornea mehr aufgehellt. Patientin unwohl, geringe Temperatursteigerung. Schmierkur ausgesetzt.

17. 3. Patientin entlassen mit Syrupus ferri jodati.

Fall 28. Joh. K., 12 Jahre, erkrankte am 24. 12. 1888 an einer Entzündung des linken Auges. Im Juli des Jahres fing das rechte Auge ebenfalls an sich zu entzünden. Der Vater ist luetisch gewesen und hat eine Schmierkur durchgemacht.

Status: Facies luetica. Hutschinsonsche Zähne, geschwollene Nackendrüsen. Beiderseits geringe Limbusinjektion, starke Lichtscheu und Thränenträufeln. Rechtes Auge: Die Kornea ist in den tieferen Schichten fast vollkommen getrübt. Linkes Auge: Der obere Teil der Kornea leidlich klar, die übrigen Teile noch parenchymatos getrübt.

Therapie: Verband, Atropin, Unguentum cinereum.

Verlauf: Aufnahme 10. 10.

24. 11. Bulbi fasst ganz blass. Iris weit, jedoch beiderseits geringe Synechias posteriores. Augenhintergrund noch nicht deutlich zu sehen.

21. 12. Bulbi blass, Trübung zurückgegangen.

10. 1. 1890 entlassen mit Syrupus ferri jodati.

Fall 58. Wilhelm B., 4 Jahre. Vater des Patienten ist Seemann und ist luetisch gewesen. Im Sommer des Jahres wurde Patient wegen eines ulcus corneae oculi sinistri in hiesiger Augenklinik behandelt; wegen seines exquisit hereditär-luetischen Gesichts wurde ihm damals Keratitis parenchymatosa prophezeit. Seit 5 Wochen ist dieselbe ausgebrochen.

Status: Ausgesprochenes luetisches Gesicht, Sattelnase, zahlreiche Narben in Nase und Mundwinkeln, Schneidezähne fehlen gänzlich; sehr hoher harter Gaumen, Nackendrüsen geschwollen. Rechtes Auge: An der Peripherie ist die Kornea noch ziemlich klar, so dass man die mit Atropin erweiterte Iris sieht; im Centrum der Kornea befindet sich eine circumscripte Trübung, über der das Epithel iniciert ist. Einzelne Gefässe ziehen vom Rande nach der Mitte hin. Linkes Auge: Centrale maculae corneae; die obere Hälfte der Kornea wird von einer grauen Trübung in tieferen Schichten eingenommen; die untere Hälfte ist noch frei. Iris gut erweitert.

Therapie: Verband, Atropin. Injektion 1 Gr. Quecksilber.

Verlauf: 31. 12. Aufnahme.

8. 1. Rechtes Auge: Die centrale Trübung wird kleiner, die Lichtscheu lässt bedeutend nach. Patient öffnet von selbst die Lider. Linkes Auge: Die Trübung bleibt auf die obere Hälfte der Kornea beschränkt, hellt wieder langsam auf.

16. 1. Rechtes Auge: Centrum grauweiss getrübt mit rauher Oberfläche. Linkes Auge: Obere Hälfte der Kornea hellt bedeutend auf und wird blank.

31. 1. Patient entlassen mit Syrupus ferri jodati.

Fall 69. Henriette P., 17 Jahre. Patientin machte vor 15 Jahren eine Keratitis parenchymatosa durch, ist unehe-

liches Kind; Mutter hatte während der Schwangerschaft Geschwüre im Nacken und circumscripte Ostitis des Nasenbeins, woselbst eine tiefe Narbe vorhanden ist. Mutter genass nach einer antiluetischen Kur.

Status: Hutschinsonsche Zähne, keine Drüsen.

Rechtes Auge: In der ganzen Kornea befindliche feine verästelte Trübungen, die im Centrum besonders dicht sind. Iris ist unregelmässig atrophisch, zeigt mehrere kleine circumscripte Hervortreibungen; der Pupillarrand ist durch zahlreiche hintere Synechien fixiert, welche auf Einträuflung von Atropin nicht reissen.

Linkes Auge: Der untere äussere Quadrant der Kornea ist in den tieferen Schichten diffus getrübt, in den übrigen Teilen der Kornea sind viele feine, tiefe Trübungen, die sich im Pupillargebiet verdecken. Die Iris ist atropisch, an der Aussenseite und in der unteren Hälfte stark buckelförmig vorgetrieben, so dass aber aussen und unten innen eine vordere Synechie besteht, an der Innenseite dagegen eine hintere. Die Linse und vordere Linsenkapsel ist im Pupillargebiet weiss getrübt.

Therapie: Verband, Atropin, Unguentum hydrargyrum cinereum 3 Gramm pro Die.

Verlauf: Aufnahme am 3. 8. 1893.

Linkes Auge: Am 29. 8. wurde eine Iridektomie vorgenommen; Coloboma oben innen. Am 1. 9. war die Wunde geheilt; die Kornea im Gebiete des Coloboms leicht getrübt. Die Linse bis nahe an die Peripherie getrübt, jedoch kann Patientin eben an der Trübung vorbeisehen. Am 13. 9. wurde eine Iridektomie des rechten Auges vorgenommen; Colobom innen.

27. 9. Linkes Auge: Breites Colobom innen, in welchem die getrübte und geschrumpfte Linse liegt. An der Linse lässt sich peripher vorbei mit dem Auge sehen.

4. 1. 95. Patientin entlassen.

Die Sehkraft des rechten Auges ist gleich $^3/_{50}$. Es besteht Katarakt. Die des linken Auges gleich 0.

Dazu noch einige poliklinische Fälle.

Fall 5. Luise S., 5 Jahre, hat seit 4 Wochen entzündete Augen. Die Mutter ist wegen Lues auf der hiesigen chirurgischen Klinik behandelt.

Status: Sattelnase, Hutschinsonsche Zähne, geschwollene Nackendrüsen.

Fall 23. Max J., 9 Jahre. Seit 8 Tagen rechtes Auge entzündet. Vater luetisch gewesen, 5 Kinder sind gleich nach der Geburt gestorben.

Status: Hört schlecht auf beiden Ohren, gekniffenes Gesicht, Hutschinsonsche Zähne, geschwollene Nackendrüsen.

Fall 26. Helene P., 3½ Jahre, ist 1 Jahr blind gewesen, 6—8 Wochen im Hospital zu I. behandelt worden 3 Geschwister wurden tot geboren, mehrere starben im ersten Jahre nach der Geburt. Vater und Mutter haben eine Schmierkur durchgemacht.

Status: Facies luetica, sehr hoher harter Gaumen, Hutschinsonsche Zähne, geschwollene Nackendrüsen.

Fall 42. Anna C., 10 Jahre, hat seit 8 Tagen entzündete Augen. Dieselben sind vor 3 Jahren schon entzündet gewesen. Vater ist 1878 luetisch gewesen.

Status: Hutschinsonsche Zähne, geschwollene Nackendrüsen, Chorioiditis aequatorialis.

Es sind hier 10 Fälle angeführt, von denen jedesmal unzweifelhaft hereditaere Lues die Ursache der Keratitis parenchymatosa ist, da wir in jedem Falle genau die syphilitische Erkrankung der Eltern konstatiert haben; ich werde diesen Krankengeschichten eine grössere Anzahl von anderen gegenüberstellen, bei denen wir nicht die Syphilis der Eltern haben erfahren können, aber genau im Status Symptome hereditaerer Lues vorfinden.

Fall 4. Wilhelm F., 16 Jahre, hat als Kind viel an den Ohren gelitten, angeblich Vereiterung des Trommelfells, ist sonst mit Ausnahme einer im 8. Jahre durchgemachten Lungenentzündung gesund gewesen; Patient erkrankte vor etwa 3 Wochen am rechten Auge mit Lichtscheu, Thränentreufeln, Rötung etc., und wurde bisher mit Augentropfen behandelt.

Status: Grosser, kräftig gebauter Mensch, Hutschinsonsche Zähne, hoher Gaumen, stark schwerhörig. Kornea diffus getrübt, von oben herab gehen bis in das Pupillargebiet sich besenförmig verzweigende Gefässbündel, Iris trübe, Pupille unregelmässig erweitert, Kammerwasser trübe, starke Limbusinjektion.

Therapie: Verband, Atropin, Unguentum cinereum.

Verlauf: Aufnahme 2. 2. 1888.

7. 2. Schon gleich in den ersten Tagen lässt die Limbusinjection nach, die Kornea wird heller, die Synechien haben sich gelöst, Iris sehr weit.

29. 2. Kornea klarer, Iris gut erweitert.

30. 3. Kornea hellt sich gut auf; Patient ist, nachdem er in den letzten Tagen schlecht gehört hat, total taub geworden auf beiden Ohren.

7. 5. Patient entlassen.

Fall 9. Meta P. bemerkt seit 1½ Jahren eine stetige Abnahme der Sehschärfe, zugleich wird ihr Gehör seit 1 Jahre schlechter.

Status: Kaput quadratum, Hutschinsonsche Zähne, geschwollene Nackendrüsen; Patientin hört nur, wenn man die Stimme etwas erhebt und dann nur aus nächster Nähe. Kornea beiderseits diffus getrübt, Totalsynechien, Farbensinn links erhalten.

Therapie: Atropin, Unguentum cinereum.

Verlauf: Aufnahme am 10. 12.

31. 12. Patientin giebt an, besser sehen zu können.

8. 3. Patientin erkennt farbige Gegenstände; ihren Vater in einer Entfernung von 2 Schritten.

12. 4. Patientin entlassen mit Syrupus ferri jodati.

Dazu noch einige poliklinische Fälle.

Fall 1. Dora K., 17 Jahre, sieht schlecht seit ½ Jahre auf beiden Augen, das linke Auge ist 3 Wochen früher als das rechte erkrankt. Patientin ist ebenfalls sehr schwerhörig.

Status: Gekniffenes Gesicht, Nasenbein verdickt, Hutschinsonsche Zähne, Nackendrüsen geschwollen.

Fall 7. Wilhelm Sp., 26 Jahre, hat seit 8 Wochen entzündete Augen.

Status: Gekniffenes Gesicht, Ozaena, Hutschinsonsche Zähne, Nackendrüsen geschwollen.

Fall 10. Anna B., 22 Jahre.

Status: Hirnschädel stark entwickelt, Nasenwurzel eingezogen, gekniffenes Gesicht, Hutschinsonsche Zähne.

Fall 13. Anna S., 16 Jahre, hat seit 14 Tagen entzündete Augen.

Status: Hirnschädel stark hervorspringend, gekniffenes Gesicht, Hutschinsonsche Zähne, hoher Gaumen, geschwollene Nackendrüsen.

Fall 25. Claus L., 19 Jahre, hat seit 14 Tagen entzündete Augen.

Status: Gekniffenes Gesicht, Sattelnase, Rhagaden im Gesicht, Hutschinsonsche Zähne.

Fall 31. Heinrich N., 13 Jahre, hat seit 3 Wochen entzündete Augen. 2 Geschwister sind gleich nach der Geburt gestorben.

Status: Facies luetica, Hutschinsonsche Zähne, geschwollene Nackendrüsen.

Fall 35. Sophie S., 7 Jahre, hat seit 14 Tagen entzündete Augen. 2 Geschwister sind tot geboren, 1 ist 14 Tage nach der Geburt gestorben.

Status: Gekniffenes Gesicht, Sattelnase, Narben an den Mundwinkeln, Hutschinsonsche Zähne, harter Gaumen, geschwollene Nackendrüsen.

Fall 47. Emma B. leidet seit 3 Wochen an entzündeten Augen, 2 Geschwister sind bald nach der Geburt gestorben.

Status: Hutschinsonsche Zähne, geschwollene Nackendrüsen, Chorioiditis aequatorialis.

Fall 67. Ida H., 28 Jahre, hat seit 14 Tagen entzündete Augen.

Status: Sattelnase, Hutschinsonsche Zähne, Nackendrüsen vergrössert.

Fall 68. Helene B., 15 Jahre, hat seit 4 Wochen entzündete Augen.

Status: Facies luetica, Sattelnase, Hutschinsonsche Zähne, Nackendrüsen geschwollen.

Wir haben bei den ersten Fällen von Eltern erfahren, dass sie an Lues erkrankt gewesen sind. In den letzten Fällen fehlt diese Anamnese. Jedoch finden wir im Status der Patienten völlige Übereinstimmung; — bei fast allen Fällen sind Symptome der Lues hereditaria, überall Hutschinsonsche Zähne, geschwollene Nackendrüsen u. s. w. und diese als Begleiterscheinung der Keratitis parenchymatosa. Wir sind daher auch in letztern Fällen berechtigt, als Basis obiger Erkrankung congenitale Lues anzunehmen.

Schwieriger ist es jedoch, eine Erkrankungsursache zu finden in den Fällen, in welchen wir weder Anhaltspunkte in Anamnese und Status für Lues hereditaria erhalten. In vorliegenden klinischen Fällen fehlen uns diese Anhaltspunkte im Fall 38.

Fall 38. Julius R., 25 Jahre, hat seit mehreren Wochen eine Affektion des linken Auges, welches spontan entstand mit geringen Reizerscheinungen, aber bedeutender Herabsetzung des Sehvermögens. Anamnestische Anhaltspunkte für Lues sind nicht zu konstatieren.

Status: Patient ist ein kräftiger, gesund aussehender Mann ohne Symptome von congenitaler Lues; Bulbus leicht iniciert, Kornea central, parenchymatoes getrübt, schwach durchsichtig, nach der Peripherie zu setzt sich die Trübung bandartig fort. Iris hat normales Aussehen. Kleinere Synechien sichtbar nach Einträufelung von Atropin.

Therapie: Verband, Atropin, Unguentum cinereum.

Verlauf: Aufnahme am 29. 1.

4. 2. Trübung über die ganze Kornea verbreitet.

8. 3. Die Trübung lichtet sich langsam aber stetig.

25. 4. Trübung hat seit Wochen leicht abgenommen bis auf einen erbsengrossen Bezirk im Centrum.

29. 4. S. gleich 8/18. Patient entlassen mit Jodsyrup.

Es ist in diesem Fall kaum möglich, an congenitale Lues zu denken: wir haben vor uns einen starken erwachsenen Mann — wir können ferner andere Ursachen nicht eruieren; und doch heilt auch diese Erkrankung in

derselben typischen Weise wie obige Fälle nach Einleitung einer antisyphilitischen Kur. Es giebt nach meiner Auffassung nur eine Erklärung: — Bei vorliegenden Fällen sehen wir zweimal Keratitis parenchymatosa nach acquirierter Lues dass die Keratitis parenchymatosa im Fall 38 eine Folge von acquirierter Lues ist. Wenn auch Patient diese Erkrankung nicht zugesteht, so ist doch Lues — eine Erkrankung, welche von dem betreffenden Patienten am meisten geleugnet wird — niemals völlig auszuschliessen. Fassen wir noch einmal unsere vorliegenden Fällen Keratitis parenchymatosa zusammen, so sehen wir als fast einzigste Krankheitsursache Lues und zwar in den meisten Fällen als Lues hereditaria. Nach meiner Meinung ist man berechtigt, ausschliesslich bei der Keratitis parenchymatosa mit Ausnahme der tuberkulösen Form die Krankheitsursache in Lues zu suchen und ich halte die Hutschinsonsche Lehre für die einzig richtige. —

Meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Professor Dr. Völckers, für die Ueberlassung des Materials und die gütige Unterstützung bei der Arbeit meinen verbindlichsten Dank.

S. Schütte.

Lebenslauf.

Ich, Siegfried Justus Erdwin Heinrich Schütte, bin geboren am 4. März 1871 zu Blankenburg a. H., Herzogtum Braunschweig, evangelischer Konfession. Bis zu meinem 9. Lebensjahre besuchte ich die I. Bürgerschule zu Wolfenbüttel, bezog dann Ostern 1880 das Gymnasium am selbigen Ort, wo ich Michaelis 1890 das Reifezeugnis erhielt. Zum Studium der Medizin bezog ich zunächst die Universität Kiel auf 3 Semester; ging Ostern 1892 nach Göttingen. Hier bestand ich W.-S. 1892/1893 das tentamen physicum. W.-S. 1893/1894 kehrte ich nach Kiel zurück, wo ich am 11. Juli 1895 das medizinische Staatsexamen beendete und am 15. Juli das Examen rigorosum bestand.

Meine Lehrer waren:

In Kiel: Flemming, v. Spee, Hensen, Reinke, Curtius, Heller, Werth, Glävecke, Quinke, v. Esmarch, Völckers, Petersen, v. Stark, Falk, Fischer, Kirchhoff, Doehle.

In Göttingen: Merkel, Wallach, Meissner, Disse, Orth, Ebstein, Damsch, Koenig, Rosenbach, Runge, Nicolaier.

Allen diesen hochverehrten Herren meinen besten Dank.